

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

378

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par le

~~Docteur~~ Mendel STERIMBAUM

né le 12 Août 1907

à FALTICENI (ROUMANIE)

**TOXICOMANIE
ET DÉFICIENCE MENTALE**

(Morphine, Opium, Héroïne et Cocaïne)

Président : M. TANON, Professeur

RENNES
IMPRIMERIE BREVETÉE MAURICE SIMON

1939

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par le

Docteur Mendel STERIMBAUM

né le 12 Août 1907

à FALTICENI (ROUMANIE)

TOXICOMANIE ET DÉFICIENCE MENTALE

(Morphine, Opium, Héroïne et Cocaïne)

Président : M. TANON, Professeur

RENNES
IMPRIMERIE BREVETÉE MAURICE SIMON

1939

LE DOYEN..... TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.

I. — PROFESSEURS (Suite)

Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique de cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIÉ.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE. — Pathologie chirurgicale.
 BARIÉTY. — Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri). — Pathologie médicale.
 BERNARD (Etienne). — Pathologie médicale.
 BESANÇON (Justin). — Hydrologie.
 BOULIN. — Pathologie médicale.
 BULLIARD. — Histologie.
 CATHALA. — Pathologie médicale.
 CHEVALLIER. — Pathologie médicale.
 COSTE. — Pathologie médicale.
 DOGNON. — Physique.
 FEY. — Urologie.
 FUNCK. — Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD. — Parasitologie.
 GASTINEL. — Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. — Pathologie chirurgicale.
 GAYET. — Physiologie.
 DE GENNES. — Pathologie médicale.
 GIROUD. — Histologie.
 HAGUENAU. — Pathologie médicale.
 HALPHEN. — Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN. — Anatomie pathologique.
 JOANNON. — Hygiène.
 LACOMME. — Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL. — Obstétrique.
 LAROCHE (Guy). — Pathologie médicale.
 LAVIER. — Parasitologie.
 LELONG. — Pathologie médicale.
 LEMAIRE. — Pathologie expérimentale.
 LEVEUF. — Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY. — Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. — Neurologie et Psychiatrie.
 MÉNÉGAUX. — Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET. — Pathologie médicale.
 MOREAU. — Pathologie médicale.
 MOULONGUET. — Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN. — Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS. — Pathologie chirurgicale.
 PRÉOELIÈVRE. — Médecine légale.
 PORTES. — Obstétrique.
 RENARD. — Ophtalmologie.
 RICHET. — Physiologie.
 SÉNEQUE. — Pathologie chirurgicale.
 TURPIN. — Pathologie médicale.
 VIGNES. — Obstétrique.
 WILMOTH. — Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE. — Pathologie chirurgicale.
BUSQUET. — Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT. — Physiologie.
GUÉNIOT. — Obstétrique.
HEITZ-BOYER. — Pathologie chirurgi-
cale.

MM.

LARDENNOIS. — Pathologie chirurgi-
cale.
LE LORIER. — Obstétrique.
NEVEU-LEMAIRE. — Parasitologie.
SCHWARTZ. — Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL. — Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.

ALAJOUANINE	}	Clinique médicale.
AUBERTIN		
BRULÉ		
CHABROL		
DONZELOT		
DUVOIR		
LIAN		
PASTEUR - VALLERY- RADOT		
SÉZARY		

MM.

BASSET	}	Clinique chirurgicale.
BROCQ		
CADENAT		
GATELLIER		
MOURE		
QUENU		
VELTER		

MM.

ECALLE	}	Clinique obstétricale.
METZGER		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.....	Education physique.
LEDoux-LEBARD.....	Radiologie clinique.
RUPPE.....	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les options émises dans des dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

*Qu'ils trouvent ici l'expression de mon respect et
toute ma reconnaissance.*

A MA FEMME

*Compagne de toutes les heures. Je lui dédie cette
thèse, faible gage de mon amour.*

A MA FAMILLE

A MA BELLE-MÈRE

*Faible hommage de toute l'affection que je lui
porte.*

AUX MIENS.

A MES AMIS.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

*Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine
Conseiller Technique Sanitaire
au Ministère de la Santé Publique
Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police
Officier de la Légion d'Honneur*

*Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE ROUEN.

A MES MAÎTRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE RENNES.

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ
ET DES HÔPITAUX DE PARIS.

A MON JURY DE THÈSE.

INTRODUCTION

La symptomatologie des toxicomanies est bien connue ; nous les étudierons par rapport à la psycho-névrose adjacente. Les toxicomanes, malades mentaux, ne guérissent pas seulement par le sevrage mais aussi par le traitement de l'état psychique, cause de tout le mal. Nous diviserons notre sujet de la façon suivante : après avoir tracé une étude historique, nous aborderons une étude clinique ; nous tenterons ensuite de mettre en lumière certains signes particuliers qui nous permettront de reconnaître le fond morbide. Un paragraphe sera consacré au diagnostic.

Avant de tirer les conclusions, nous accorderons une place importante au traitement des toxicomanies. (Dans cette étude nous ne nous occuperons que de quelques toxicomanes.

HISTORIQUE

OPIUM. — L'usage de l'opium se rattache à la plus haute antiquité. On situe en Egypte — de ces temps lointains — la culture du pavot. L'opium se répand en Asie Mineure.

Au 2^e siècle de l'ère chrétienne, Galien de Pergame, médecin de Marc-Aurèle, raconte que ce dernier prenait chaque jour une thériaque contenant du suc de pavot. Par suite des enquêtes musulmanes, l'opiomanie prend une extension considérable à l'époque des grands médecins Arabes.

L'Asie centrale et orientale n'est atteinte que relativement tard ; au 8^e siècle, l'opium gagne, grâce aux Arabes, la Perse, l'Inde, la Chine.

Des publications du 16^e et 18^e siècles, mentionnent en Allemagne des observations médicales de sujets « Adonnés à l'opiophagie ».

Quant aux auto-observations elles sont peu nombreuses avant le 19^e siècle.

En 1821, Thomas de Quenecey écrit « confessions of an english opium-eater, London », œuvre divisée en trois parties :

1^o « Récit » ; 2^o Plaisirs de l'opium ; 3^o Douleurs de l'opium.

A partir de ce moment on n'a que l'embarras du choix ; la littérature s'intéresse de plus en plus aux rêves engendrés par les toxiques :

Coleridge, Baudelaire, T. Gautier, Proust et Farrère. Actuellement la morphine (première injection faite par

Wood en 1853) alcaloïde de l'opium, tend à gagner le terrain sur l'opium.

COCAINE. — En 1533, Pizarre constate que la feuille de coca sert au Pérou comme tonique et euphorique.

Depuis l'Inde, les Indes Néerlandaises et surtout Java produisent *Erythroscylon Coca* en quantité industrielle.

La cocaïne, alcaloïde coca est isolé en 1859 par Niemann. Beutley, médecin américain, l'utilise pour traiter les morphinomanes ; idée fausse et dangereuse qui crée une nouvelle toxicomanie.

On l'applique sur la peau et les muqueuses dans un but anesthésique.

Vers 1910 apparaît une technique nouvelle : la prise nasale.

Elle se répand rapidement dans les milieux de désœuvrés, de déséquilibrés, chez les artistes d'avant-garde, les aviateurs allemands, qui transportent la cocaïne en France.

Le mal s'étend surtout aux intellectuels, étudiants, écrivains, aux hommes politiques ; c'est le snobisme, la recherche de l'ivresse, des sensations anormales qui amènent cette extraordinaire floraison toxique.

On trouve des cocaïnomanes parmi les prostituées, les souteneurs, « les gens du milieu. Le plus souvent, la police arrête ces derniers, qui ne sont, pour la plupart, que des intermédiaires, des marchands de poison.

La cocaïne se trouve partout : dans les hôtels, les restaurants, les bars, les music-halls, les théâtres.

On constate le prosélytisme démoniaque des cocaïnomanes et la propagande extraordinaire des vendeurs de drogue.

ÉTUDE CLINIQUE

Nous distinguons :

1° *Les intoxiqués simples*, intoxiqués d'habitude pour ainsi dire accidentels.

2° *Le toxicomanes*, porteurs d'une tare névropathique. Ils sont esclaves d'une passion dans laquelle le fond mental morbide joue un rôle primordial : d'une part en prédisposant le sujet, d'autre part en l'empêchant de réagir, enfin en rendant illusoire la guérison par la seule désintoxication. Les intoxiqués simples, victimes d'un piège du sort, d'une tentation passagère, sont moins profondément atteints et on peut espérer les voir opérer un rétablissement qui les mette définitivement hors d'affaire.

La clinique superpose chez les seconds les symptômes d'intoxication à des signes de psychopathie. Nous devons reconnaître de nombreuses formes intermédiaires, voire des cas limites. Tandis que les intoxiqués simples sont allés à la drogue pour combattre et adoucir une épreuve physique ou morale, de caractère exceptionnel, les toxicomanes, de par leur anomalie psychique, trouvent mille prétextes pour s'y jeter ; cette même anomalie les empêche de se délivrer, alors que l'autre classe de malades, qui a conservé ses forces de résistance, guérit plus facilement. Esquissons quelques grands traits du terrain pathologique mental du toxicomane, pour en faire ressortir les déficiences que ce dernier cherche à combler au moyen de la drogue. La poursuite pure et simple de la jouissance, la curiosité, la recherche de la sensation exceptionnelle, de la volupté, ne sont que des causes secondaires et même des façades élevées pour masquer une

tare ou une insuffisance ; le plus souvent un substratum physiologique.

Parmi les insuffisants on trouve des arriérés, pas des idiots, mais des imbéciles et surtout des débiles mentaux superficiels : « des fils à papa », des bonnes de grande maison, des prostituées. L'une des causes très importantes qui favorise ou aide à créer la toxicomanie est :

1° *L'oisiveté* ; 2° *la douleur* tient une place prépondérante : crises hépatiques, cancéreuses, tabétiques, ulcus, aortites, otites, rhumatisme, syphilis, réclament un palliatif et motivent souvent une prescription médicale d'opium, initiatrice dans bien des cas de la toxicomanie. A côté de la douleur véritable, nombre d'impressions désagréables de gêne, de dysfonctionnement, portent le psychopathe à chercher du secours :

Asthme, maladie de Parkinson, épilepsie larvée et surtout insomnie ; celle-ci, avec la douleur et bien souvent alliée à elle, est la grande pourvoyeuse des toxicomanies.

Au-dessus de ces causes plane la souffrance morale de tout ordre ; perte d'un être cher, abandon, regrets d'un bonheur disparu, revers de fortune, solitude.

A côté de ces douleurs motivées nous trouvons le monde des dysesthésies psychiques, les « algies » de Brisaud, les « coenesthopathies » d'Ernest Dupré, monde qui comprend toutes sortes de sensations pénibles, parfois intolérables, monde fort heureusement inconnu des sujets normaux.

C'est la morne et invincible tristesse des mélancoliques, l'angoisse des timides, des scrupuleux, des émotifs, des anxieux, des trembleurs ; c'est la terreur de la vie, la

crainte de ne pouvoir répondre à ses nécessités, de ne pouvoir pas même en soutenir le poids.

Tous les toxicomanes vrais sont des déséquilibrés.

Les psychoses organiques fournissent un nombre restreint de toxicomanies : pas de tumeurs cérébrales, peu de paralytiques généraux ou tabétiques ; en général les intoxications sont simples et le sevrage facile.

La grande épilepsie est de rencontre rare, mais l'épilepsie larvée est à la base d'un grand nombre de toxicomanies. Par contre, pas de démence précoce. Quelques rares paranoïdes ont été signalés ; c'étaient en général des morphinomanes atteints d'un délire chronique de persécution avec des hallucinations auditives, délires à évolution torpide. Le plus souvent on est en présence d'hyperémotifs dont la balance sensitive est mal réglée ; chez les uns domine le fond paranoïaque avec tendance hypochondriaque et égocentrisme, chez les autres, la cyclothimie avec déséquilibre de l'humeur, alternatives des dépressions et des excitations ; chez d'autres c'est l'élément phobique obsessionnel, c'est l'impulsivité, ce sont les crises hystériques ou épileptiformes.

Il s'y ajoute parfois des tendances mythomaniaques ou perverses, un abaissement du sens moral et toujours une incohérence dans le comportement. Bref on peut mettre en évidence tous les stigmates des constitutions morbides :

Cyclothimies, paranoïa, mythomanie, perversité, impulsivité, hyperémotivité sont les syndrômes cardinaux de la psychose périodique. N'oublions pas que l'hérédité psychopathique de ces malades est souvent chargée ; parfois il s'agit d'hérédo-syphilis ; beaucoup plus souvent on trouve la tuberculose. Elle est si fréquemment associée aux

maladies mentales de tout ordre, qu'il est bien tentant d'établir une relation de cause à effet.

Le toxicomane vrai est un malade mental, un déséquilibré incapable de mener une vie absolument normale, un être dont le psychisme est déficient par un point quelconque, surtout en jugement, en volonté, en activité ; par ailleurs s'il y a en quelque sorte « hypofonctionnement » il peut y avoir « hyperfonctionnement » sous forme d'agitation stérile et d'impulsivité.

Ces malades subissent avec une facilité extrême les mauvaises influences, le prosélytisme effréné des toxicomanes. Notons, soulignons ce dernier trait absolument constant, toujours net au maximum. Il s'agit d'une passion annexée à la passion, d'un démon de la propagande, d'un instinct pervers, qui pousse les malades à harceler leurs compagnons d'infortune. Il existe une entente spontanée, un lien entre les toxicomanes du même poison, c'est une véritable franc-maçonnerie de la drogue. Les malades se rendent souvent compte de leurs défaillances et ce n'est pas une de leurs moindres souffrances, mais ils n'ont pas l'énergie nécessaire pour y remédier, ils n'ont pas ou ils n'ont plus le contrôle nécessaire d'eux-mêmes. Ceci explique l'importance de l'ascendant psychothérapique du médecin ; ce dernier devra prendre sur lui, porter véritablement la volonté déficiente de sa malade pour la lui restituer raffermie et transformée en rendant réellement le malade à lui-même. Enfin notons le fait suivant :

Les toxicomanies, filles des psychopathies, réagissent à leur tour sur ces dernières, les entretiennent et les renforcent. Etudions les troubles qu'entraînent chez les toxicomanes les divers toxiques :

L'OPIOMANIE

L'opium s'absorbe :

1° *Par voie buccale*, en boulette de saveur âcre, d'action lente, entraînant des troubles digestifs marqués ; ou bien sous forme liquide : Laudanum, extrait thébaïque ;

2° *Par voie respiratoire* en fumée, le plus souvent par pipes, d'agrément plus durable et avec beaucoup de mise en scène. L'effet est moins immédiatement nuisible. Notons que nombre d'opiomanes se réunissent (fumeries d'opium) pour savourer leur plaisir ;

3° *Par voie parentérale* en injections sous-cutanées, de maniement commode et d'action rapide. L'opium est un frein de l'activité psychique et en ce faisant, crée un état de bien-être qui favorise le sommeil ; c'est la phase d'euphorie des toxicomanes qui s'étend avec l'usage et meurt avec l'abus. L'opium n'est jamais hypnotique comme on l'a cru à tort dans l'antiquité, comme d'aucuns le pensent encore aujourd'hui ; son action tonique d'opposerait plutôt au sommeil. En fait, il se contente de permettre celui-ci en apaisant les douleurs et en créant une détente propice. Il en ressort que l'opium est inefficace dans l'insomnie simple, mais qu'il peut combattre l'insomnie douloureuse.

LA MORPHINOMANIE

A très faible dose (0 gr. 01 à 0 gr. 02) la morphine est tonique ; le réveil est facile, heureux, l'activité plus vive, bref la vitalité est accrue. L'opium (*morphine*) atténue, calme les symptômes des déséquilibrés nerveux, et les psy-

chopates qui en usent ne font qu'aller spontanément vers une thérapeutique affective et rationnelle de leurs troubles ; (le traitement de choix de la mélancolie n'est-il pas le laudanum ?) ; les anxieux y trouvent l'affaissement de leur souffrance morale, les coenesthopates celui de leur douleur physique. Quand aux paranoïaques, aux persécutés, ils réalisent l'évasion. De rares patients (surtout médecins) ont pu se tenir dans des limites strictes et mener une vie quasi-normale, sans atteinte profonde de l'état général ; cas exceptionnels.

Le bienfait éprouvé pousse les malades à s'enfoncer plus avant, ils ignorent que les petites doses de morphine sont les plus efficaces et ils cherchent à les élever ; l'habitude se constitue, impérieuse.

Bientôt désintéressés de la réalité, ils atteignent un calme sans désir, un contentement inébranlable, sur lequel nul souci n'a prise, une cuirasse d'engourdissement semi-conscient les sépare de la douleur, de la fatigue noire des sensations normales. Ils vont vers le détachement complet et entrent dans un rêve sans sommeil croyant toucher au Nirvâna.

Le retour à la réalité est lamentable, on ne s'évade pas impunément du fonctionnement vital normal ; d'où reprise et continuation de l'intoxication. Rien n'arrête plus le malade, sa volonté se paralyse, il ne pense plus qu'à sa piqure.

Petit à petit le jugement, l'émotivité, le sens moral s'estompent dans le brouillard général. Le bien-être du début a disparu et toute l'énergie vitale du patient est concentrée dans un seul but : le retrouver.

Il augmente le nombre de piqûres (2, 6, 8, 10 par jour), ainsi que les doses ; toute son attention est rivée sur l'idée fixe de la piqûre, celle-ci étant de plus en plus fréquente, de moins en moins active, de plus en plus néfaste.

L'état de besoin se fait sentir avec son cortège de troubles physiques et mentaux. Le malaise d'abord léger s'accroît avec rapidité, s'étend, s'épanouit en une angoisse atroce. Le malade pâle, couvert de sueur, est capable des pires folies pour obtenir le poison immédiatement sauveur, et il rentre dans un état de fureur effrayant, s'il ne peut exécuter à l'instant même le geste rituel. A ce stade il est en marge de la vie, incapable du moindre effort.

S'il n'y a pas de dérèglement cérébral, pas de délire, les troubles psychiques sont constants, toutes les fonctions sont plus ou moins inhibées. La digestion est lente et pénible, l'appétit est médiocre ou nul, la constipation est opiniâtre. La respiration est ralentie et extrêmement profonde. Le cœur est lent, intermittent parfois, toujours sourd. Par ailleurs le foie est petit. La dysurie, la glycosurie, l'urobilinurie sont d'observation courante, moins encore que l'albuminurie alcaloïque. Les troubles génitaux sont fréquents : impuissance à divers degrés, aménorrhée d'ailleurs banale chez les psychopathes.

L'aspect du malade est significatif avec son vieillissement extrêmement frappant. Son visage jaune et tiré au regard terne. Les pupilles sont en myosis. Les cheveux sont secs et fragiles. La peau épaissie par l'induration dermique, devient le tombeau de nombre d'aiguilles. Elle se recouvre parfois de sueurs malodorantes, qui portent à rechercher les parfums violents. Souvent apparaissent des poussées fébriles qui ont une action calmante. Notons que tous ces troubles organiques, si graves puissent-

ils être, sont plutôt le fait d'inhibition par le toxique que celui d'une atteinte profonde. Ils disparaissent presque à vue d'œil au sevrage, réserve faite de la durée d'intoxication.

ÉVOLUTION

L'évolution naturelle de la morphinomanie, qui se fait vers la cachexie au bout de très longues années peut être coupée de complications souvent mortelles.

1° *Complications pulmonaires :*

Bronchites, broncho-pneumonies rapides, tuberculose. L'éclosion de cette dernière est préparée par la décalcification engendrée par la morphine et qui se manifeste de diverses façons depuis la carie dentaire jusqu'à l'ostéomalacie.

2° Les abcès sont bien particuliers et d'ordre plus anaphylactique qu'infectieux. Ils surviennent brusquement chez les malades saturés, poussant en quelques heures, sur tout le corps, à froid, sans douleur ni rougeur, ni réaction thermique. Incisés ils laissent échapper un pus fétide mal lié, amicrobien.

Si le malade va vers le sevrage ils ne se reproduisent pas; dans le cas contraire, ils réapparaissent, se multiplient, se réchauffent parfois et s'étendent, pouvant conduire à un état d'infection purulente avec pyohémie. On voit donc que la fin habituelle, si elle ne succède pas à un empoisonnement massif ou à une cachexie, est due aux complications pulmonaires ou infectieuses qui évoluent avec une rapidité déconcertante.

Exceptionnellement elle a été due au *tétanos* (cas de Chambard). Par contre le morphinisme semble jouer un

rôle préservatif vis-à-vis des maladies intercurrentes, au moins à la période des petites doses. Les patients traversent aisément les épidémies sans se laisser contaminer. Ils sont généralement à l'abri des affections saisonnières.

L'opium seul n'a jamais fait délirer ; mais il diminue la volonté des intoxiqués, les ruine.

Si les morphinomanes ne sont pas très dangereux pour la société (ils volent rarement, ne tuent presque jamais), ils n'en sont pas moins néfastes et indésirables, et il est à souhaiter que la lutte contre leur source de débordements se poursuive à outrance.

L'HÉROÏNOMANIE

Ether diacétique de la morphine, introduite dans la thérapeutique en 1898, l'héroïne théoriquement moins toxique que cette dernière, est en réalité plus à craindre. Si dans l'ensemble l'héroïnomanie se rapproche de la morphinomanie, elle s'en distingue par des troubles bulbaires, qui peuvent être très graves : diplopie, cyanose, suffocation, syncope, affaiblissement du cœur. La résistance des sujets est bien inférieure à celle des morphinomanes. Quant aux avantages, ils sont nuls.

L'*Accoutumance* est la même pour tous les corps renfermant le noyau morphinique. L'effet euphorique de l'héroïne est le même que celui de la morphine, mais il se manifeste à quantité moitié moindre, et les malades ignorants ou non de ce fait, sont tentés d'augmenter les doses. Ils arrivent à doubler leur intoxication et, ce faisant, à précipiter leur déchéance physique et morale. La passion de l'héroïne est quelquefois *primitive*. Souvent

elle est secondaire, et résulte d'une substitution de cette dernière, plus facile à obtenir que la morphine.

LA DIONINE. — (Ethylmorphine) occasionne les mêmes troubles que la morphine ainsi que le *pantopon*.

La Codéine (méthylmorphine) l'*Euclidal* opiacés de faible intensité, très à la mode parce que faciles à se procurer, ne sont en général pas absorbés à dose assez forte pour entraîner des désordres graves.

Le Laudanum, qui entre dans la même catégorie, ajoute un léger effet alcoolique à celui de l'opium (cas de Quincey). Enfin citons le *Sédol*, association de morphine et de scopolamine, dont l'abus amène du délire.

LA COCAÏNOMANIE

Plus grave que l'intoxication opiacée, l'intoxication cocaïnique conduit à la folie et au crime. Elle est réalisée de diverses façons : en Amérique du sud *on chique* la feuille de coca. En Europe on emploie l'alcaloïde soit sous forme de *pommade*, soit en injection, soit (9 fois sur 10) en prise nasale, voie très commode, parce qu'elle supprime tout préparatif. La cocaïnomanie a fait son apparition en Europe vers 1880. A faible dose, la cocaïne amène d'abord de l'euphorie, une impression de paix parfaite, voire de l'apathie. Très rapide, son action tonique se fait sentir par un besoin d'activité, une dépense musculaire et physique facile, une absence des sensations de faim et de fatigue, d'où une endurance inhabituelle. Ces heureux effets sont largement utilisés par les montagnards des Andes (ils donnent même de la coca à leurs chevaux) dont Humboldt en 1902 avait apprécié les exceptionnelles qualités. Il est malheureusement difficile d'en rester là, aussi les méfaits de la cocaïne sont-ils tou-

jours proches. Déjà le calme, le bien-être, l'absence de fatigue sont suivis d'une dépression psycho-motrice. Le rendement de l'activité baisse, le moindre effort devient pénible, la faim et la soif sont vives, enfin on voit s'y joindre l'asthénie et la torpeur.

A un degré de plus apparaissent les phénomènes d'excitation idéo-motrice. La cocaïne exacerbe toutes les fonctions. Elle transforme un homme calme en hypomaniaque ou même en maniaque ; tant dans le domaine psychique (animation, rires, plaisanteries, fuite des idées) que dans le domaine moteur (besoin d'agitation, tours et détours, gesticulation désordonnée). Elle crée une excitation sexuelle qui la fait rechercher des impuissants souvent psychopates.

Les pervers demandent surtout à la « coca » un palliatif à leur insuffisance sexuelle ; car il est acquis aujourd'hui que l'homosexualité se rencontre fréquemment chez les persécutés et les malades à tendance paranoïaque. Elle excite le sens génésique et cela plus psychiquement que physiquement. Les confidences des cocaïnomanes, montrent que ces derniers sont perpétuellement en quête de partenaires intoxiqués comme eux, pour essayer de réaliser un coït démesurément prolongé et très douloureux dans sa volonté suraiguë et retardée ; telle est la souffrance dépravée que recherche leur masochisme.

A dose plus élevée et surtout dans l'intoxication par injections, la cocaïne *agitée frénétiquement*, provoque des hallucinations des cinq sens et plus encore de la sensibilité générale ; les malades sentent des parasites ramper sous leur peau. Ils veulent les extraire à l'aide d'un instrument quelconque (d'où mutilations fréquentes). Parfois ce sont des paresthésies, des anesthésies. Ils enten-

dent des voix injurieuses, on les offense gravement. Quelquefois les hallucinations auditives sont transitoires et les malades conscients, freinent leurs réactions. D'autres fois elles sont si nombreuses et si intenses qu'elles entraînent un véritable état de confusion mentale au cours duquel les raptus sont à craindre.

Enfin les hallucinations peuvent être kinesthésiques. Tous ces troubles se rassemblant en un délire plus ou moins systématisé. Ce peut être un délire onirique. Plus souvent c'est un délire jaloux extrêmement intense. Dans certains cas, il est demi-conscient, en liaison avec l'excitation générale qui oriente le fonctionnement cérébral. Enfin c'est parfois une sorte de délirium-tremens au cours duquel le sujet, volontiers se croyant persécuté, lutte contre des ennemis ou des obstacles imaginaires. Il est violemment agité et capable de l'acte de folie le plus grave. A la longue l'état physique peut s'altérer ; l'appétit diminue, la pâleur apparaît et s'accentue ainsi que l'amaigrissement. Le cœur devient irrégulier. L'évolution peut être émaillée de poussées fébriles, des crises épileptiformes ; chez les priseurs s'installent des désordres de l'odorat, du gonflement du nez, de l'eczéma ou de la furonculose de la cloison nasale. Celle-ci est bientôt ulcérée, puis perforée, signe révélateur de premier ordre, plus constant que la mydriase. Chez les habitués des injections, l'effet de la drogue est plus brutal, l'excitation plus rapide et plus vive. Elle est si intense que le sujet tend à l'adoucir avec de la morphine, quitte à reprendre de la cocaïne pour combattre la dépression entraînée par celle-ci. (On trouve souvent des associations de morphine, héroïne, cocaïne, alcool, etc... qui intoxiquent le même sujet ; c'est la polytoxicomanie). A la longue on peut voir apparaître des

œdèmes énormes des membres, simulant l'éléphantiasis. L'œdème peut envahir la face, réalisant le faciès Bismarckien. On constate une atteinte du psychisme plus importante que celle de l'état physique. L'attention, le jugement, la mémoire, l'affectivité déclinent. Incapable d'effort, indifférent à ce qui n'est pas son vice, le cocaïnoman ne peut s'attacher à aucun travail suivi, et il perd très vite le sens du devoir. La cocaïne s'ajoute au fond mental pour précipiter le déséquilibre. Les malades sont capricieux, entêtés, méchants, jaloux, irritables, accessibles à toutes les bassesses. Aucune considération ne les arrête, surtout lorsqu'il s'agit d'obtenir du poison, d'où scandale, vols, faux, escroqueries, meurtres, enfin suicide, fin naturelle de ces misérables. L'ivresse cocaïnique ressemble par certains traits à l'ivresse alcoolique. Elle est plus lucide au début, et de terminaison plus rapide, mais elle est aussi plus agressive et plus terrible. L'insensibilité morale des cocaïnomanes comparable à leur sensibilité cutanée est infiniment plus grande que celle des morphinomanes. Ils sont beaucoup plus dangereux pour eux-mêmes et pour la société. Ajoutons que la cocaïnomanie n'entraîne pas l'état de besoin. Le sevrage peut et doit être immédiat. La guérison des cocaïnomanes est difficile et rare, leur fonds mental étant particulièrement taré. La cocaïne fait de ses adeptes des rebuts sociaux extrêmement néfastes. C'est un poison des plus dangereux, pourvoyeur des fous criminels.

OBSERVATIONS DE LA MAISON DE SANTÉ (Villa Montsouris).

Observation 1. — Morphinomanie chez une psychopathe périodique à prédominance hypomaniaque érotomane et perverse.

Mme X... âgée de 36 ans entre à la Maison de santé en 1917. Elle est la femme divorcée d'un médecin militaire, ancien colonial, petit fumeur d'opium, qu'elle avait épousé à 16 ans. Tempérament surexcité, elle mène une vie peu exemplaire, et partout cause du scandale. Elle a une fille, enfant naturel d'un confrère civil (de son mari). A travers ses phases d'hypomanie, courtes crises dépressives, avec tristesse, découragement, remords. Elle a lu que l'opium est le traitement de choix de ces états dépressifs et elle va d'emblée à la morphine, élevant les doses rapidement : 1/2 gramme quotidiennement en 10-12 piqûres. Sevrage en 15 jours, sans gros incidents. Elle est relativement raisonnable dans ses manifestations névropathiques. Mais quelques jours après le 0 toxique, commence un érotisme incendiaire. La malade rentre chez elle 2 mois après le 0 toxique. Elle reprend sa vie de femme de lettres et d'artiste (peintre) et d'érotisme insouvi. Un jour vers 10 heures du soir, coup de téléphone de la Maison de santé. Un médecin se rend chez elle. Il la trouve excitée, dans un salon, préparée pour la fumée d'opium : divans, peaux de bêtes magnifiques, pipes. L'intention était évidente. Le médecin cherche à se retirer, les issues sont fermées. Il réussit enfin à s'en aller. Elle a malheureusement plus de chance une autre fois avec un jeune assistant russe, de caractère faible et cinq semaines après, il partaient tous deux pour Nice où elle

avait fondé une maison de désintoxication. L'érotisme de Mme X... était fonction non de morphinomanie mais de psychisme hypomaniaque.

Observation 2. — Morphinomanie chez un déprimé simple.

Le Dr X... amaigri, fatigué prend depuis 3 ans 0 gr. 60 à 0 gr. 80 par jour. C'est un faible, un triste, un aboulique installé dans un pays perdu. Rompu de lassitude il s'est mis à prendre de la morphine, y trouvant un secours tonique, véritable les premiers temps. Pris dans l'engrenage, il augmente les doses et morphinise sa femme. A bout tous deux, ils décident de se soigner successivement. Le Dr X... supporte très bien le sevrage fait en 18 jours. La convalescence s'annonce 8 jours après le 0 avec retour de sommeil, reprise du poids, modification du ton émotif. Au bout de 2 mois il part transformé.

Observation 3. — Polytoxicomanie chez un cyclotimique à prédominance dépressive. Le Dr X... âgé de 55 ans, fils de médecin, a fait depuis 1919 quatre séjours à la maison de santé. C'est un ancien médecin colonial (Madagascar-Congo) ; retraité après-guerre et clientèle en province. Quoique vigoureux d'aspect, c'est un phobique, il a grand peur de mourir, surtout c'est un grand aboulique. Il est spécifique et paludéen. Pendant son séjour aux colonies, dans les périodes de découragement, il touche à l'opium à doses très faibles et d'une manière intermittente (morphine-pantopon) et à la cocaïne, ainsi qu'à l'éther. Il n'entre vraiment dans la toxicomanie qu'en province, livré à des ennuis d'ordre sentimental. Il se laisse entraîner avec une femme mariée, déséquilibrée, persécutée, persécutrice, qui, à chaque instant, lui fait des scènes de jalousie atroces. Elle entre chez lui violemment, frap-

pe les serviteurs, casse le mobilier : rupture, reprise. Il s'évade dans la morphine pour résister aux tracasseries que lui cause cette excitation, qu'il n'a pas la force de quitter. Il monte jusqu'à 0 gr. 40, 0 gr. 50, et quand ces doses, qu'il ne peut freiner, l'incommodent, il vient à la maison de santé pour demander une cure de sevrage. Il est pusillanime.

D'autre part, si on le désintoxique trop rapidement, son cœur ralentit jusqu'à 42 pulsations à la minute, aussi met-on jusqu'à 20 à 30 jours à descendre au 0 toxique. Très docile, il ne quitte la maison de santé que lorsque son sommeil est complètement revenu. Il y passe généralement trois mois dans le repos et l'isolement les plus complets. Il resterait probablement guéri s'il se trouvait dans des conditions de vie normale, mais son aboulie ne lui permet pas de mettre un terme à sa fâcheuse liaison, dans laquelle, il retombe immédiatement. Les scènes de jalousie recommencent, les malades de sexe féminin sont invectivées, les domestiques battus, les meubles bousculés. Le D^r X... tient tant qu'il peut, mais il arrive à être acculé et à craindre « de commettre un crime, de l'étrangler pour se débarrasser d'elle ». Pour éviter un drame il se repique.

Observation 4. — Héroïnomanie à 0 gr. 75 par jour pendant 5 ans. Guérison.

Mlle X..., artiste dramatique très connue, entre à la maison de santé en 1928 pour suivre une cure de sevrage. Elle prend depuis 5 ans de l'héroïne : 0 gr. 75 pro die en 4-5 piqûres au moment de l'entrée. Elle a mené une vie agitée et s'est laissée aller à la morphine. Très rapidement, ne pouvant plus s'en procurer, elle lui substitue l'héroïne, élevant progressivement les doses. Ame-

née par un ami, à bout de force, anorexique, insomniaque, affligée d'une constipation impitoyable, elle a des œdèmes vespéraux des membres inférieurs, des urines rares urobiliniques et légèrement albumineuses, une tension artérielle inférieure à la normale et un vieillissement précoce très accentué. Elle donne l'impression d'avoir une maladie organique grave : *tuberculose* ou *cancer*. Chaque soir la température s'élève aux environs de 38°. Enfin, l'entourage signale une irritabilité très marquée, des crises de larmes fréquentes, du découragement, des tendances au suicide. Le sevrage s'annonce délicat chez cette malade hypersensible et par ailleurs très mythomane. On met 3 semaines pour atteindre le 0 toxique, cependant les 48 heures qui le suivent on ne peut pas quitter médicalement la malade qui s'agite, manifeste des impulsions violentes, autant que variées. On peut venir à bout de cette excitation motrice en renouvelant toutes les deux heures des grands bains chauds, où l'on garde la malade pendant 3/4 d'heure, seul soulagement de son énervement. A cette période d'agitation succède une période de dépression allant presque jusqu'à la prostration. Enfin la détente s'annonce, l'appétit revient, et petit à petit à la fin du 2° mois de séjour, la convalescence s'annonce et se poursuit normalement.

La malade reprend 10 kilogrammes et récupère sa santé au bout de 3 mois. Bien que les soucis et les chagrins ne l'aient pas épargnée, en 1935, sept ans après, elle se porte bien et reste abstinente.

Observation 5. — Dipsomanie cocaïnique chez un cyclothymique pervers.

Monsieur X..., âgé de 32 ans, entre à la maison de santé pour faire traiter des accidents de toxicomanie cocaï-

nique. Depuis plusieurs années il prise du toxique, sa cloison nasale est perforée, en absorbant jusqu'à 8 à 10 grammes pro die, par intermittence. Il commence à 18 ans, continue au Maroc où il fait son service militaire dans l'aviation. Marié, il est père de deux enfants. Un jour il tombe dans la rue, en proie à une violente crise épileptiforme. Transporté à l'hôpital, on trouve sur lui une boîte d'une vingtaine de grammes de cocaïne. Pris sur le fait, il doit avouer. Il entre dans la maison de santé, suppression brusque de la drogue qui met un terme à l'excitation motrice et aux divagations vagabondes de son esprit.

Phase dépressive. Idée obsédante de la drogue. Perversité se traduisant par un cynisme parfait, lorsqu'il parle de sa femme, de sa famille. Il est insuffisant sexuel. Il est impulsif. Son impulsivité est d'une brutalité extrême. Il s'évade de la maison de santé, se procure de l'argent, fait une fugue avec une femme cocaïnomane. Délire dans le train. Est amené de nouveau dans la maison de santé. On diagnostique cyclothymie chez un paranoïaque pervers et toxicomane. Pour freiner l'impulsivité cocaïnomaniaque dangereuse pour la vie du malade (il prisait 10 à 20 grammes par jour) et aussi les poussées délirantes à forme d'agitation et de persécution, on le met au traitement opiacé :

2 cc. de pantopon matin et soir. Isolement en Alsace et en Suisse. Rémission en 1934. Le malade peut reprendre certaines occupations au cours desquelles il retourne à la cocaïne. Il a deux frères, l'aîné, artiste, ayant ajouté de l'alcool à la cocaïne, est mort jeune de cirrhose hépatique. Le deuxième oscille entre les deux toxiques avec des périodes de rémission.

DIAGNOSTIC

Parfois le malade vient parler de sa misère au médecin. Dans d'autres cas, le diagnostic est évident. La vue d'un sujet au teint pâle et terreux, somnolent, indifférent, amaigri, les pupilles plus ou moins mystiques, orientent vers l'opiomanie. Un patient surexcité logorrhéique, interprétant, délirant, dédoublé, atteint de troubles psycho-sensoriels évoque l'idée de la cocaïne. Les cas difficiles sont ceux dans lesquels le malade, qui tient à cacher la vraie cause de ses malaises, vient consulter très souvent, poussé par une famille aussi peu renseignée que le médecin, en se plaignant de troubles divers propres à égarer le diagnostic. Si l'intoxication peut échapper à première vue, il est bien rare que le déséquilibre psychopathique n'apparaisse pas et que la suite des événements ne fasse pas découvrir le reste. Rappelons qu'un opiomane ne délire jamais. Si le cas se présente, il y a association d'alcool-cocaïne. L'examen physique peut être par lui-même concluant. Le revêtement cutané est le premier à souffrir, des piqûres qui laissent des traces, rouges au début, bleuâtres plus tard, constituant un véritable tatouage. Elles sont parfois accompagnées d'abcès en évolution ou de cicatrices cupuliformes d'anciens abcès ou œdèmes étendus. Le myosis, la mydriase doivent éveiller l'attention. Enfin la perforation nasale est un signe pathognomonique de la cocaïnomanie. Par ailleurs certains indices ont pu mettre sur la voie :

La présence d'un nécessaire à injection, d'un peu de poudre éparse, toute médication que l'entourage a pu noter. Enfin, l'analyse des urines peut révéler les quantités de morphine dépassant 0 gr. 10.

PRONOSTIC

Le pronostic de la toxicomanie se confond avec celui de la psychopathie. Il est bon chez les intoxiqués simples, il est sombre au maximum chez les malades porteurs d'une tare mentale profonde, héréditaire, et qui les empêche de mener une vie normale. Entre ces extrêmes, s'échelonnent tous les degrés de gravité. Ils sont fonction de l'âge, de l'état psychique, de la dose moins encore que de la durée de l'intoxication. La polytoxicomanie est un signe défavorable ainsi que la fréquence des récidives. On ne peut édicter de règle précise, car le coefficient personnel, impossible à prévoir, tient une place importante. Il ne faut donc pas être trop pessimiste ; nous avons vu certains patients, apparemment profondément atteints, se relever avec une vivacité extrême après la cure. Ce qui est certain, c'est que sans le traitement complet et prolongé et surtout sans l'isolement, toute tentative de guérison est illusoire.

TRAITEMENT

Le traitement des toxicomanies se propose d'atteindre un triple but :

- 1° Le sevrage ;
- 2 ° La désintoxication ;
- 3° La prévention des rechutes par la cure de l'état mental sous-jacent.

La conduite découle de la symptomatologie. Beaucoup d'observation clinique. Peu de médication. Le toxico-mane est :

- 1° *Un empoisonné* qu'il faut sevrer, puis désintoxiquer ;

2° *Un psychopathe*, dont il faut tenter de modifier l'état mental.

a) *L'isolement* s'impose. Il faut lui adjoindre *l'alitement*

La purgation aidée par le régime alimentaire, complète ce trépied de la désintoxication. On lui ajoutera la *psychothérapie* et accessoirement quelques prescriptions symptomatiques :

b) *Hydrothérapie*, médication toni-cardiaque.

L'isolement est absolument indispensable. La séparation doit être complète du milieu habituel et du milieu extérieur.

La cure à domicile échoue toujours. La désintoxication doit se faire dans un établissement pourvu d'un personnel au-dessus de tout soupçon et spécialisé qui fournit la certitude d'une surveillance stricte. De plus l'influence du médecin est prépondérante. Le malade est coupé du milieu extérieur ; aucune visite n'est permise. Toute communication est filtrée. Tout envoi est ouvert par le personnel de la maison, en sa présence. On ne lui laisse jamais d'argent.

L'alitement est aussi nécessaire que l'isolement. Le toxicomane doit être considéré comme un « aigu ». L'alitement simplifie la surveillance et il permet de fournir une détente physique et morale à un organisme fatigué qui doit subir le choc du sevrage. Le malade est soumis au régime lacto-fruito-végétarien. Il prend chaque jour un litre de lait additionné de café (pour soutenir le cœur) ; des potages, des légumes, surtout en purée, des fruits en abondance. Ce régime prépare les organes à la réaction du sevrage et il contribue au nettoyage général et surtout hépato-réno-intestinal que réalise avant tout la *purgation* :

20 grammes de sulfate de soude par jour, chaque matin ; aux environs de 0 toxique on ajoute 20 grammes le soir.

Les selles doivent être nombreuses (12 à 14 par jour).

Dans tous les cas la *surveillance médicale* s'exerce de façon suivie auprès du malade. On examine le cœur, le poumon, le système nerveux tous les jours. On administre des *tonicardiques*, et des bains chauds.

La psychothérapie est toujours utile chez les intoxiqués simples. Elle est indispensable chez les toxicomanes. Le médecin doit inspirer une confiance illimitée. Le malade obéit toujours quand il ne se sent pas seul, quand il est sûr de l'autorité et de l'amitié du médecin. Il faut tenter de réveiller en lui le sens des réalités, de le réintéresser à la vie, de lui rendre la conscience de sa dignité personnelle et de ses devoirs.

Il s'agit d'une véritable rééducation de la mentalité.

LE SEVRAGE

1° *La Morphine.*

Pour descendre au 0 toxique il y a trois méthodes :

A) *La suppression brusque* (commencée par Ebber en 1864) est une méthode brutale, mortellement dangereuse. Elle doit être rejetée. Elle risque de provoquer soit une crise de manie aiguë avec souffrances atroces, soit un collapsus cardiaque.

B) *La suppression rapide* n'excède pas dix à douze jours. Elle comporte des risques de syncope et d'impulsivité et de souffrance ; méthode peu utilisée.

C) *La suppression semi-lente* est la plus clinique, la plus sûre, la mieux adaptée à l'organisme. Le sevrage

s'effectue selon les doses prises, l'âge et l'état du malade, en 12 à 25 jours. A aucun moment elle n'entraîne de risques. Elle permet l'alimentation, le sommeil et donne le temps de débarrasser l'organisme d'une quantité de poisons surtout accumulés dans le foie et qui sont chassés par le sulfate de oude.

La suppression lente (plus de 25 jours) ne saurait s'appliquer qu'aux malades âgés ou à ceux dont le cœur et les reins sont fatigués. Par le sevrage, certains malades ont des troubles circulatoires et nerveux. Ils sont calmés par une injection de morphine. Les règles de la démorphinisation s'appliquent au pantopon, à la dionine, au laudanum (qui, malgré la forme sous laquelle le malade l'a absorbé, sera donné « per os ») à la codéïne, à l'eucodal, au sédol. Chez les fumeurs d'opium on opère la suppression, en prescrivant l'ingestion de laudanum.

L'Héroïne. — On en simplifie le sevrage, en la remplaçant d'emblée par la morphine (à dose presque double).

Il faut se méfier d'accidents graves, craindre l'anurie et surtout la syncope respiratoire et bulbaire qui s'accompagne d'une défaillance du pouls. Ces accidents ne sont pas jugulés par une injection d'héroïne.

2° *La Cocaïne* est justiciable de la suppression immédiate. Non seulement, celle-ci est inoffensive, mais en 36 à 48 heures, elle est suivie d'une diminution graduelle des symptômes d'intoxication qui disparaissent généralement en deux ou trois semaines.

*
* *

Terminons en esquisant en quelques lignes l'hygiène individuelle et sociale.

Le toxicomane tient une place de parasite. Il est incapable de prendre part à la vie générale, incapable d'as-

sur sa subsistance et celle de sa famille. Inapte au travail, il tombe tôt ou tard à la charge de ses compatriotes, bien souvent par l'intermédiaire de l'asile ou de la prison. Le malade est un danger social. Il ruine les siens et est amené aux innombrables vices : escroqueries, vols, crimes. La société doit l'obliger à supprimer sa tentation et à se soigner. Pour supprimer la tentation, il faut empêcher la vente clandestine du poison, mener une lutte impitoyablement contre les vendeurs non autorisés de toxiques, et augmenter les peines de prison et d'amende.

CONCLUSIONS

1° Il y a :

Les intoxiqués simples et les toxicomanes qui sont des psychopathes.

2° Dans les antécédents du malade ou dans la symptomatologie on trouve des signes de déficience mentale ou de la psychonévrose.

3° L'opium est moins dangereux que la morphine et la cocaïne qui sont des fléaux tant pour l'individu que pour la société.

4° Le traitement doit assurer le sevrage, la désintoxication, ainsi que la cure de psychothérapie.

L'isolement absolu est strictement nécessaire.

5° Le problème de l'Hygiène mentale est la lutte contre les intoxications, en particulier contre la morphine et la cocaïne et contre les vendeurs non autorisés respectifs.

VU : *Le Président de Thèse,*

L. TANON.

VU : *Le Doyen,*

M. TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Brouardel.* — Opium, morphine, cocaïne, Baillière 1906.
- Buvat et Villey.* — Considérations cliniques et médico-légales à propos de quelques cas de perversions instinctives dans les psychonévroses (Gazette des Hôpitaux, 8 Mars 1933).
- Buvat (S. F.).* — Réflexions sur les toxicomanes. (Gazette des Hôpitaux, 8 Mars 1933).
- Chambart.* — Les Morphinomanes, Rueff.
- Courtois-Suffit et Giroux.* — La Cocaïne, Masson, 1919.
- Dupouy.* — Les opiomanes, Alcan.
- Ghelester.* — Les toxicomanies (Etude Médico-Sociale, thèse de Paris 1929).
- Guillain.* — Intoxication par la cocaïne.
- Jenning.* — Morphisme et Morphinomanie, Vigot 1910.
- Logre.* — Toxicomanie, Stock.
- Mœnier.* — Histoire de la Médecine (Le François 1924).
- Pichon.* — Les Morphinomanes, Paris 1890.
- De Quincey.* — Confession of an english opium-eater, Col-
lin, London.
- Richet.* — Le poison de l'intelligence.
- Rodiet et Quérou.* — Débilité mentale, déséquilibre mental et hérédité.
- Sollier.* — Héroïne et Héroïnomanie. (Presse Médicale, 4
Novembre 1903).
- » La Démorphinisation. (Presse Médicale, 23 Avril
et 6 Juillet 1898).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Historique	11
Etude Clinique	13
L'Opiomanie	17
La Morphinomanie	17
Evolution	20
L'Héroïnomanie	21
La Cocaïnomanie	22
Observations de la Maison de Sante : Villa Montsouris	25
» 1.....	25
» 2.....	27
» 3.....	27
» 4.....	28
» 5.....	29
Diagnostic	31
Pronostic	32
Traitement	32
Le Sevrage	34
Conclusions	37